

推薦書

西暦 年 月 日

国際医療福祉大学 学長殿

下記の者は、貴大学の入学適格者と認め、責任をもって推薦いたします。

記

氏名		
栃木県	保健医療学部	<input type="checkbox"/> 看護学科 <input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科 <input type="checkbox"/> 言語聴覚学科 <input type="checkbox"/> 視機能療法学科 <input type="checkbox"/> 医学検査学科 <input type="checkbox"/> 放射線・情報科学科
	医療福祉学部	<input type="checkbox"/> 医療福祉・マネジメント学科
	薬学部	<input type="checkbox"/> 薬学科
千葉県	成田看護学部	<input type="checkbox"/> 看護学科
	成田保健医療学部	<input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科 <input type="checkbox"/> 言語聴覚学科 <input type="checkbox"/> 医学検査学科 <input type="checkbox"/> 放射線・情報科学科
	成田薬学部	<input type="checkbox"/> 薬学科

※志望する学部・学科に✓を記入してください。

東京都	赤坂心理・医療福祉マネジメント学部	<input type="checkbox"/> 心理学科 <input type="checkbox"/> 医療マネジメント学科
神奈川県	小田原保健医療学部	<input type="checkbox"/> 看護学科 <input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科
福岡県	福岡保健医療学部	<input type="checkbox"/> 看護学科 <input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科 <input type="checkbox"/> 医学検査学科
	福岡薬学部	<input type="checkbox"/> 薬学科

推薦理由

特記事項（人物の特徴・性格・諸活動の内容等）

西暦 年 月 日

推薦者氏名



住所 〒

-

TEL

志願者との関係

(注) パソコンで作成していただいても結構です。記入・捺印の上、厳封して志願者へお渡してください。
 本学ホームページ上（<https://admissions.iuhw.ac.jp/paper/suisen02.html>）から Word 形式と入力可能な PDF 形式のデータがダウンロードできます。